

NYTS Certificate Program Registration Form ~ NYTS Formulario de Matricula Programa de Certificado ~ Student I.D. # ~ # de ID del Estudiante

Returning Students / Estudiantes que Regresan: Fill Out Box / Llenar Cajas 1, 6 & 7

New Students / Estudiantes Nuevos: Fill Out Boxes 1-7 / Llenar Cajas 1 - 7

Print Legibly / Letra de Molde

↓ **Box / Caja 1**

Date/Fecha: ____/____/____

New Student / Estudiante Nuevo Returning Student / Estudiante Regresante

Name /Nombre: _____

Last/Apellido	First /Primer Nombre	Middle /Segundo Nombre
----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Date of Birth/Fecha Nacimiento: ____/____/____ Gender/Género: M ____ F ____

Address/Dirección: _____

# & St. / # y Calle	Apt. #	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código Postal
---------------------	--------	-------------	--------------	------------------------

County/Condado: _____ Soc. Sec. # Seguro Social _____

(Kings; Nassau; etc.)

Tel. # Cell: ____/____ - ____ Home/Casa: ____/____ - ____

Work /Trabajo: ____/____ - ____

EMAIL / Correo electrónico (**required/requerido**): _____

Student's Signature/Firma del Estudiante: _____

↓ **Box / Caja 2**

Ethnicity/Etnicidad:

____ African American/Moreno Americano

____ Am. Indian;Alaska Native

____ Asian/asiático

____ Hispanic-Latino/Hispano-Latino americano

____ White/Blanco

____ Two or more races/dos o más razas mezcladas

Citizenship Status/Estado de Ciudadanía:

____ U.S. Citizen / Ciudadano Norteamericano

____ U.S. Resident / Residente

____ Alien/Ciudadano de otro país

Marital Status/Estado Civil: ____ Single/Soltero/a

____ Married/Casado/a ____ Widowed/ Viudo/a

____ Divorced/Divocado/a

Name of Spouse/Nombre Esposo/a _____

↓ **Box / Caja 3**

New students must provide Proof of Immunization for Measles, Mumps & Rubella if born ON or AFTER Jan. 1, 1957.

Estudiantes Nuevos deben proveer prueba de vacunas contra Varicela, Papera, y Rubella si nació a partir de 1 de enero 1957.

PLACE PASSPORT SIZE COLOR PHOTO HERE
Pegue Foto a Color Tamaño Pasaporte Aquí

↓ **Box / Caja 5**

↓ **Box / Caja 4:**

How did you hear of NYTS? Cómo se enteró del Seminario?

____ Newspaper/Periódico ____ Friend/Amigo/a ____ Student/Estudiante ____ Church/Iglesia

____ Other, please describe/Otro Medio, describa: _____

↓ Church Name, Address, Tel # / Nombre Iglesia, Dirección/Tel: _____

Denomination: _____

↓ Pastor: _____

↓ **Box/Caja 6:** Check off course/s you are registering for / Marque el/los curso/s que desea tomar.

Semester Semestre	Session / Sesión A	Session / Sesión B
Fall / Otoño: 20 ____	12 sessions / sesiones <u>Code / Código</u>	12 sessions / sesiones <u>Code / Código</u>
	____ Old Testament/Antiguo Testamento 1000 ____ Biblical Exegesis/Exegesis Bíblica 1010	____ Christian Ed/Educación Cristiana 2000 ____ Ch. History/Historia de la Iglesia 2010
Spring / Primavera 20 ____	12 sessions / sesiones <u>Code / Código</u>	6 sessions / sesiones <u>Code / Código</u>
	____ New Testament/Nuevo Testamento 1020 ____ Theology/Teología 1030	____ Pastoral Counseling/Consejería P 2020 ____ Preaching/Predicación 2030 ____ Christian Ethics/Ética Cristiana 2040 ____ World Christianity/Cristianismo 2050 Mundial

↓ **Box/Caja 7:** Check the Site you will attend classes at / Marque el campo donde asistirá a clases:

<u>Site Code/Código del Campo</u>	<u>Site Code/Código del Campo</u>
____ CBM Medgar Evers, CUNY (Bklyn)	____ CMV Macedonia BC (Mt. Vernon)
____ CBN Mt. Calvary.Miss.BC (Newark)	____ CNY Riverside Ch (Engl: Manhattan)
____ CBX @LPAC (Bx)	____ COL Online (English)
____ CDL Ciudad Luz (Span: Atlantic City)	____ CPB Seminary BC (Paterson, NJ)
____ CEB New Ephesus BC (E. Orange)	____ CPF Igl Presby (Span: Flushing)
____ CEH Espiritu Hermandad (Span: Bklyn)	____ CPN Paradise BC (Newark, NJ)
____ CFC 1 st Corinthian BC (Harlem)	____ CSB Stelton BC (Edison, NJ)
____ CGS Greater Springfield Bap (Qns)	____ CSG Springfield Gdns UMC (Qns)
____ CIB Igl. Cristiana 2 nd Betel (Span. Bx.)	____ CSR Riverside Ch (Span: Manhattan)
____ CLH Living Hope Fellshp (Massapequa)	Other: _____
____ CMB Macedonia BC (Neptune)	

Check your payment option / Marque su opción de pago: Cash/Dinero Efectivo: \$ _____

Check # / Money Order / # Cheque o Giro Postal: _____ \$ _____

Credit (o) /Debit (o): MasterCard ____ Visa ____ Card# / # de Tarjeta: _____

Security Code / Código de Seguridad: _____ Expires/ Vencimiento: ____/____ \$ _____

EMAIL required /CORREO electrónico requerido: _____

Signature/Firma: _____

Approval /Aprobado

Business Office/ Oficina de Negocios: _____ Registrar/Registradora: _____

NOTES: _____